

**Facteurs associés au nombre des consultations prénatales dans le district de Faratsiho, Madagascar**

**Jean Florent Rafamatanantsoa<sup>1,2</sup>, Zafiniavo Dauphin Jacques Crépin Randriamifidy<sup>2</sup>, Botovola Miraimila<sup>2</sup>, Tantely Jenny Ramontalambo<sup>1,2</sup>, Richard Rakotoarison<sup>2,3</sup>, Léa Raobela<sup>2,4</sup>, Julio Rakotonirina<sup>1,2</sup>**

1 : Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely, Antananarivo, Madagascar

2 : Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

3 : Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar

4 : Centre Hospitalier Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

**Résumé**

**Introduction :** Au cours de la grossesse, la consultation prénatale est indispensable et elle permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications possibles. L'organisation mondiale de la santé recommande d'effectuer aux moins quatre consultation prénatale durant la grossesse mais le taux de couverture de la quatrième consultation prénatale reste encore faible chez nous. La présente étude a pour objectif d'identifier les facteurs associés au nombre des consultations prénatales effectuées dans le district de Faratsiho.

**Méthodes :** Une étude rétrospective transversale dans le District de Faratsiho durant la période du 01 décembre 2019 au 30 juin 2020 a été réalisée. Cette étude concerne les femmes qui sont venues au centre de santé de base avec leurs enfants pour une séance de vaccination et elles doivent résider au moins douze mois dans le District de Faratsiho. Le test chi-carré a été utilisé pour la comparaison des proportions observées et la signification statistique est fixée à  $p \leq 0,05$ .

**Résultats :** Au total, 302 femmes ont été incluses avec un âge moyen à 25,4 ans. Plusieurs facteurs sont associés au nombre des consultations prénatales effectuées tel que l'âge ( $p=0,042$ ), niveau d'étude ( $p<10^{-5}$ ), secteur professionnel ( $p=0,02$ ), niveau d'étude des conjoints ( $p=0,0002$ ), niveau de vie ( $p<10^{-5}$ ), résidence ( $p=0,0001$ ), le début ( $p<10^{-5}$ ), appréciation de la prestation ( $p<10^{-5}$ ), méconnaissance de l'avantage ( $p=0,0001$ ) et les obstacles à la consultation prénatale ( $p<10^{-5}$ ).

**Conclusion :** L'amélioration de la couverture de la consultation prénatale reste un défi qui nécessite l'engagement des dirigeants et des agents sanitaires.

**Mots clés :** district de Faratsiho ; étude transversale ; facteurs associés ; nombre de consultations prénatales ; Madagascar

## **Abstract**

**Introduction:** During pregnancy, the prenatal consultation is essential and it allows to detect and treat possible complications. The World Health Organization recommends carrying out at least four prenatal consultations during pregnancy, but the coverage rate for the fourth prenatal consultation is still low in our country. The present study aims to identify the factors associated with the number of prenatal consultations carried out in the district of Faratsiho.

**Methods:** A cross-sectional study in the District of Faratsiho during the period from December 01, 2019 to June 30, 2020 was carried out. This study concerns women who came to the basic health center with their children for a vaccination session and they must reside at least twelvemonths in the District of Faratsiho. The chi-square test was used for the comparison of the observed proportions and the statistical significance is set at  $p \leq 0.05$ .

**Results:** A total of 302 women were included with an average age of 25.4 years. Sever all factors are associated with the number of prenatal consultations performed such as age ( $p=0.042$ ), level of education ( $p<10^{-5}$ ), professional sector ( $p=0.02$ ), level of education of spouses ( $p=0.0002$ ), standard of living ( $p<10^{-5}$ ), residence ( $p=0.0001$ ), start ( $p<10^{-5}$ ), assessment of the service ( $p<10^{-5}$ ), ignorance of the advantage ( $p=0.0001$ ) and barriers to prenatal consultation ( $p<10^{-5}$ ).

**Conclusion:** Improving antenatal care coverage remains a challenge that requires the commitment of leaders and health workers.

**Keywords:** Faratsiho district; cross-sectional study; associated factors; number of antenatal consultations; Madagascar

## **Correspondance**

Florent RAFAMATANANTSOA J., Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely, Antananarivo, Madagascar ; Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Téléphone : +26134 71 441 11

Email : [rafamatanantsoa@gmail.com](mailto:rafamatanantsoa@gmail.com)

Article reçu : 20-03-2023    Accepté : 15-01-2024    Publié : 28-01-2024



Copyright © 2024. Florent RAFAMATANANTSOA J. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Florent RAFAMATANANTSOA J. et al. Facteurs associés au nombre des consultations prénatales dans le district de Faratsiho, Madagascar. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2024 ; 7(1) : 272 - 284.

## **Introduction**

La grossesse est l'ensemble de phénomènes qui se déroulent entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel (1,2). Le suivi des femmes enceintes lors des consultations prénatales (CPN) permet de prévenir les complications de l'accouchement. C'est l'un des quatre piliers pour la maternité sans risque. La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter les éventuelles complications survenant au cours de la grossesse (3). Les soins prénatals réduisent la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, soit directement par la détection et par le traitement des complications liées à la grossesse et soit indirectement par l'identification des femmes les plus exposées à des risques accrus de développement des complications pendant l'accouchement. Dans ces cas, les CPN permettent de garantir le transfert à temps vers un établissement offrant un niveau de soins appropriés. À l'échelle mondiale, pendant la période 2007 – 2014, seulement 64 % des femmes enceintes effectuent les quatre CPN recommandées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) (4). De l'année 1990 à 2014, le taux de couverture de la CPN passe de 68 à 80 % en Afrique subsaharienne. En 2014, dans les régions en développement, 83% des femmes ont bénéficié au moins une CPN et seulement 52% des femmes enceintes bénéficient les quatre visites prénatales recommandées (5,6). A Madagascar, la proportion de femme ayant eu au moins une CPN passe de 90% en 2008-2009 à 87% en 2012-2013. La proportion des femmes enceintes examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse passe de 49%, en 2009, à 51 % en 2012. La couverture en soins prénatals varie de 80 % en milieu rural à 92 % dans les autres villes et dans la capitale. À ces disparités géographiques s'ajoutent des dissemblances en fonction du niveau d'instruction de la mère et des disparités économiques. La proportion des femmes qui reçoivent des soins prénatals augmente avec le niveau d'instruction, 68 % parmi celles sans instruction à 93 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus. La proportion des femmes qui reçoivent des soins prénatals varie de 72 % dans la couche la plus pauvre à 90 % chez celle la plus riche (7). **Le district de Faratsiho compte parmi les villes peuplées surtout de femmes en âge de reproduction, sa localisation loin de la capitale en fait un terrain d'étude intéressant. Le profil de ces femmes, de leurs conjoints ; leurs antécédents gynécologiques et obstétriques ainsi que leurs connaissances en matière de CPN, aurait-elle un impact quant au nombre de CPN effectuées ?** Face à cette situation, cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés au nombre des CPN effectuées par les femmes durant la dernière grossesse.

## **Méthodes**

Cette étude a été réalisée dans le district de Faratsiho. Le District de Faratsiho est situé dans la partie centrale de la région du Vakinankaratra. Sa superficie est de 2 015km<sup>2</sup> et il est à 1 720m d'altitude. C'est la ville la plus haute et la plus froide de Madagascar. Il est constitué par neuf communes dont le commune Faratsiho, Vinaninony sud, Faravohitra, Ramainandro, Valabetokana, Miandrarivo, Antsampanimahazo, Ambatofotsy Ambohiborona et la commune d'Andranomiady. Ce district est traversé par la route nationale n°43. Le district de Faratsiho compte 252 340 habitants en 2019. La plupart des habitants se consacrent à l'agriculture et à l'élevage qui jouent un rôle indispensable pour le développement de ce district. Le district de Faratsiho a un centre hospitalier de référence de district, neuf centres de santé de base niveau deux, onze centres de santé de base niveau un et trois cabinets médicaux privés.

Une étude rétrospective, descriptive à visée transversale a été menée. Les données de la présente étude concernent une période de la dernière grossesse des femmes cibles et les données ont été collectées du 01 décembre 2019 au 30 juin 2020. Cette étude concerne les femmes qui sont venues au centre de santé de base avec leurs enfants pour une séance de vaccination, quel que soit son lieu d'accouchement. Autant, elles doivent résider dans le district de Faratsiho au moins douze mois avant l'accouchement. Ont été inclus toutes les femmes mères qui ont amené leurs enfants pour effectuer la première à la quatrième vaccination dont le BCG et Polio0 ; DTCHepBHib1, PCV101, Rotarix1 et Polià1 ; DTCHepBHib2, PCV102, Rotarix2 et Polio2 ; DTCHepBHib3, PCV103, VPI et Polià3, et aussi les femmes qui sont capables de répondre aux questions et consenti de participer à l'enquête. Ont été exclus les femmes cibles qui refusent de répondre, et les femmes incapables de répondre aux questions. Quant à l'échantillonnage, pour des raisons de commodité temporelle et financière, 30% de ce centre de santé de base (CSB) ont été choisis au hasard mais le CSB urbain implanté dans la commune urbaine de Faratsiho a été choisi d'une manière raisonnée. Les autres CSB ont été tirés de façon aléatoire simple. En effet, les CSB suivants ont été tirés : le CSB II Vinaninony Sud, le CSB I Andranomanjaka, le CSB I Ambatondradama, le CSB II Faravohitra et le CSB II Ramainandro. Les femmes venues avec leurs enfants pour effectuer la vaccination dans les CSB cités ci-dessus et qui répondent à nos critères d'inclusion ont été recrutées d'une manière exhaustive. Pendant cette période, 302 femmes ont été recrutées. Les variables étudiées englobaient le profil sociodémographique des

femmes enquêtées, de leur conjoint et du couple, les antécédents gynécologie-obstétriques des femmes enquêtées et les facteurs associés aux nombres de CPN effectuées durant la dernière grossesse. Le profil social des femmes enquêtées concernait l'âge, le niveau d'instruction, la profession et le statut matrimonial. Le profil social de leur conjoint concernait l'âge et le niveau d'instruction. Le profil sociodémographique des couples concernait la distance de leur résidence par rapport à la formation sanitaire et leur niveau de vie. Les antécédents gynécologie-obstétriques des femmes enquêtées sont évalués selon la gestité, la parité et l'avortement. Les facteurs associés aux nombres de CPN effectuées durant la dernière grossesse sont évalués selon la date de son début et sa fréquence, son appréciation, la connaissance de ses avantages et les obstacles à cette CPN. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête pré établie et prétesté. Une interview individuelle a été réalisée. Les données recueillies manuellement ont été saisies sur Excel, elles ont été ensuite analysées avec le logiciel Epi-info®7.1.3. Pour la comparaison des proportions observées, le test de chi-carrée a été utilisé et lorsque les conditions d'utilisation ne sont pas remplies, le test de Fisher exact a été utilisé. La signification statistique a été fixée à p inférieure ou égale à 0,05. Cette étude a été faite après l'autorisation du médecin inspecteur du district de Faratsiho. Avant de réaliser l'interview, le consentement oral des femmes incluses a été obtenu. La confidentialité, les secrets médicaux et l'anonymat ont été respectés.

## **Résultats**

Au total, 302 femmes ont été recrutées.

### Caractéristiques de l'échantillon

Selon le profil des femmes enquêtées, la majorité des femmes sont âgées de 20 à 24 ans, soit 38,4% avec un âge moyen de 25,38 ans. Plus de la moitié de ces femmes soit 53,6% ont de niveau d'étude primaire et les 13,2% sont illettrées. 93% travaillent dans le secteur primaire, seulement 2,6% travaillent dans le secteur secondaire et 4,3% dans le secteur tertiaire. 70,2% sont mariées, 8,3% sont célibataires et 21,5% vivent en concubinage. Selon le profil de leur conjoint, 36,9% des femmes enquêtées ont déclaré que leurs maris sont âgés de 25 à 30 ans et 93% ont déclaré que leurs maris travaillent dans le secteur primaire. 57,8% ont déclaré que leurs maris ont de niveau d'étude primaire et seulement 2,8% ont de niveau d'étude supérieure.

Quant au profil des couples, 48,3% ont de niveau de vie bas, et seulement 2,0% vivent de manière aisée. 73,8% habitent à moins de 5 km et 26,2% à plus de 5 km.

### Nombre des CPN effectuées

Presque la moitié des femmes enquêtées soit 48,0% ont effectué quatre CPN ou plus, 30,8% ont fait trois CPN, 17,5% deux CPN, 1,7% ont une CPN et 2,0% d'entre elles n'ont pas suivi leur grossesse.

Facteurs associés au nombre des CPN

Le tableau I suivant montre les facteurs associés au nombre des CPN selon le profil de la femme.

Tableau I : Répartition selon le profil social des femmes et le nombre des CPN effectuées

	Nombre des CPN					p
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	≥4 n (%)	
<b>Tranche d'âge (en année)</b>						
Moins de 20	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (14,0)	11 (11,8)	33 (22,7)	0,0424
20-30	3 (50,0)	2 (40,0)	40 (70,2)	62 (66,7)	86 (59,3)	
30 et plus	3 (50,0)	3 (60,0)	9 (15,8)	20 (21,5)	26 (18,0)	
<b>Niveau d'instruction</b>						
Illettrées	6 (100,0)	2 (40,0)	7 (13,2)	15 (16,1)	10 (6,9)	≤10 <sup>-5</sup>
Primaire	0 (0,0)	3 (60,0)	37 (69,8)	51 (54,8)	71 (49,0)	
Secondaire	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (17,0)	27 (29,0)	60 (41,4)	
Supérieur	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,8)	
<b>Secteur professionnel</b>						
Secteur primaire	6 (100,0)	5 (100,0)	53 (100,0)	91 (97,8)	126 (86,9)	0,2810
Secteur secondaire	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (5,5)	
Secteur tertiaire	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	11 (7,6)	
<b>Statu matrimonial</b>						
Mariées	5 (83,3)	3 (60,0)	28 (52,8)	68 (73,1)	108 (74,5)	0,0604
Célibataires	1 (16,7)	0 (0,0)	7 (13,2)	4 (4,3)	13 (9,0)	
Concubinages	0 (0,0)	2 (40,0)	18 (34,0)	21 (22,6)	24 (16,6)	

Il ressort de ce tableau que le niveau d'instruction des femmes est associé significativement au nombre des CPN.

Le tableau II ci-après illustre le profil la tranche d'âge et le niveau d'instruction du conjoint ainsi que le niveau de vie et la distance entre le domicile et la formation sanitaire la plus proche.

Tableau II : Répartition selon le profil du conjoint, le niveau de vie et la distance entre domicile et formation sanitaire la plus proche et le nombre des CPN effectuées par les femmes

	Nombre des CPN					p
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	≥4 n (%)	
<b>Tranche d'âge du conjoint (en année)</b>						
Moins de 20	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,1)	1 (0,8)	0,9078
20-30	3 (50,0)	2 (40,0)	31 (64,5)	58 (63,8)	88 (66,6)	
30 et plus	3 (50,0)	3 (60,0)	16 (33,4)	32 (35,1)	43 (32,6)	
<b>Niveau d'instruction du conjoint</b>						
Illettrés	2 (33,3)	0 (0,0)	11 (22,9)	11 (5,44)	5 (3,8)	0,0002
Primaire	4 (66,7)	4 (80,0)	25 (52,1)	60 (65,9)	70 (53,3)	
Secondaire	0 (0,0)	1 (20,0)	12 (25,5)	17 (18,7)	49 (37,1)	
Supérieur	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (6,1)	
<b>Niveau de vie</b>						
Basse	5 (83,3)	3 (60,0)	28 (52,8)	66 (71,0)	44 (30,3)	≤10 <sup>-5</sup>
Moyenne	1 (16,7)	2 (40,0)	25 (47,2)	27 (29,0)	95 (65,5)	
Elevée	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (4,1)	
<b>Distance entre domicile et formation sanitaire la plus proche</b>						
< 5 km	2 (50,0)	2 (40,0)	31 (58,5)	62 (66,7)	125 (86,2)	0,0001
> 5 km	3 (50,0)	3 (60,0)	22 (41,5)	31 (33,3)	20 (13,8)	

Ce tableau illustre que le niveau d'instruction du conjoint, le niveau de vie et la distance entre le domicile et la formation sanitaire la plus proche sont associés significativement au nombre des CPN.

Le tableau III ci-dessous indique la relation entre les antécédents gynécologie-obstétriques ainsi que l'appréciation de la CPN et le nombres des CPN effectuées.

Tableau III : Répartition selon les antécédents gynécologie-obstétriques, l'appréciation de la CPN et le nombre des CPN effectuées par les femmes

	Nombre des CPN					p
	0	1	2	3	≥4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Gestité</b>						
1	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (24,5)	26 (28,0)	50 (34,5)	0,1375
2 et plus	6 (100,0)	5 (100,0)	40 (75,5)	67 (72,1)	95 (65,5)	
<b>Parité</b>						
Primipare	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (24,5)	29 (31,2)	53 (36,6)	0,0639
Paucipare	3 (50,0)	2 (40,0)	25 (47,2)	41 (44,1)	64 (44,1)	
Multipare	3 (50,0)	3 (60,0)	15 (28,3)	23 (24,7)	28 (19,3)	
<b>Avortement</b>						
Non	4 (66,7)	5 (100,0)	48 (90,6)	82 (88,2)	130 (89,7)	0,1916
Oui	2 (33,3)	0 (0,0)	5 (9,4)	11 (11,8)	15 (10,3)	
<b>Satisfaction générale</b>						
Satisfaites	2 (66,7)	4 (100,0)	50 (100,0)	93 (100,0)	145 (100,0)	≤10 <sup>-5</sup>
Peu satisfaites	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Qualité de la CPN</b>						
Bonne	2 (66,7)	4 (100,0)	49 (96,0)	92 (98,9)	145 (100,0)	≤10 <sup>-5</sup>
Assez-bonne	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ne sait pas	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	
<b>L'importance de la CPN</b>						
Négligeable	1 (16,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	≤10 <sup>-5</sup>
Indispensable	1 (16,7)	3 (60,0)	52 (100,0)	93 (100,0)	145 (100,0)	
Ne sait pas	4 (66,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Ce tableau nous a montré que la satisfaction, l'appréciation sur la qualité ainsi que la connaissance de l'importance de la CPN sont associées significativement au nombre des CPN.

Le tableau IV suivant montre la relation entre la connaissance des avantages ainsi que les obstacles de la CPN et le nombre des CPN effectuées.

Tableau IV : Répartition selon la connaissance des avantages de CPN, les obstacles et le nombre de CPN effectuées

	Nombre des CPN					p
	0	1	2	3	≥4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Avantages de la CPN</b>						
Aucun avantage	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,0001
Rassurer la sante de la mère	2 (33,3)	4 (80,0)	41 (77,4)	84 (90,3)	139 (95,9)	
Rassurer la sante du bébé	2 (33,3)	1 (20,0)	7 (13,2)	5 (5,4)	2 (1,4)	
Prévenir les complications	1 (16,7)	0 (0,0)	2 (3,8)	2 (2,2)	3 (2,1)	
Préparer l'accouchement	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (1,9)	2 (2,2)	1 (0,7)	
<b>Obstacle de la CPN</b>						
Loin de la FS	2 (33,3)	4 (80,0)	23 (43,4)	27 (29,0)	31(21,4)	≤10 <sup>-5</sup>
Ignorance	2 (33,3)	0 (0,0)	10 (18,9)	11 (11,8)	4 (2,8)	
Négligence	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (1,9)	6 (6,5)	2 (1,4)	
Paresse	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (11,3)	8 (8,6)	27 (18,6)	
Sans raison précise	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)	25 (26,9)	43 (29,7)	
Honte	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,7)	1 (1,1)	2 (1,4)	
Peur	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	3 (3,2)	7 (4,8)	
Occupation	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (15,1)	12 (12,8)	27 (20,0)	

Il ressort de ce tableau que la connaissance des avantages des CPN et les obstacles de la CPN sont associées significativement au nombre des CPN.

## Discussion

La moitié des femmes enquêtées (48,0%) ont effectué quatre CPN ou plus. Ce résultat est similaire à l'étude de Mayoro au Sénégal (8) mais inférieur à ceux de Housni au Maroc qui a trouvé 65,76 % (9). Ce faible taux de couverture en quatre CPN pourrait être dû au retard d'initiation des visites prénatales ou l'abandon de la CPN. Il y a eu plus de répondantes effectuant quatre visites prénatales parmi les femmes ayant consulté à temps, comparativement à celles qui se sont présentées tardivement. La précocité de la 1<sup>ère</sup> CPN est associée à une meilleure adhérence (10, 11).

Concernant le profil des femmes enquêtées, 37,2% des celles ayant effectué quatre CPN ou plus sont âgées de 20 à 24 ans. La majorité des femmes n'ayant effectué aucune CPN (50%) sont âgées de 35 ans ou plus. Il existe une relation statistique significative entre la tranche d'âge et le nombre de CPN effectuées (p = 0,0424). Les femmes âgées de 35 ans ou plus sont moins assidues à la CPN. D'autres auteurs ont affirmé qu'elles cachent leur grossesse, elles la considèrent comme une honte face à leur âge (12). La totalité des femmes n'ayant pas suivi leur grossesse sont illettrées. Il existe

une relation statistique significative entre le niveau d'instruction et le nombre de CPN ( $p \leq 10^{-5}$ ). Plus les femmes sont illettrées, plus elles ignorent la CPN. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes moins instruites ont plus de difficultés à s'informer sur leur santé (13, 14).

Concernant le profil du conjoint, il existe une relation statistique significative entre leur niveau d'instruction et le nombre de CPN effectuées par les femmes ( $p = 0,0002$ ). En effet, en tant que chef de famille, les conjoints jouent un rôle important dans la prise de décision. Avec un bon niveau d'instruction, ils peuvent encourager leur femme à effectuer les CPN. Dans le cas contraire, ils peuvent être un obstacle à la CPN (15-17).

Selon le profil du couple, la majorité de femmes (65,5%) ayant effectué quatre CPN ou plus vivent dans un niveau de vie moyenne. Par contre la majorité de celles ayant effectué moins de quatre CPN vivent dans un niveau de vie bas. Il existe une relation statistique significative entre le niveau de vie et le nombre de CPN effectuées ( $p \leq 10^{-5}$ ). Une étude au Côte d'Ivoire a montré que les femmes économiquement défavorisées sont moins actives à effectuer les consultations prénatales pendant la grossesse (18). Les frais médicaux sont des obstacles pour elles (13). La majorité des femmes (57,2%) ayant effectué quatre CPN ou plus habitent à moins de 5 km de la formation sanitaire. Il existe une relation statistique significative entre la distance de la formation sanitaire et le nombre de CPN effectuées par les femmes ( $p = 0,0001$ ). D'autres auteurs ont affirmé que la fréquentation de la CPN varie avec la distance entre domicile des femmes enceintes et la formation sanitaire (19, 20).

Selon l'appréciation de la CPN, la totalité des femmes ayant effectué quatre CPN ou plus sont satisfaites de la qualité de la CPN. Il existe une relation statistique significative entre l'appréciation et le nombre de CPN effectuées ( $p \leq 10^{-5}$ ). Une étude faite aux centres de santé communautaires au Mali a trouvé un résultat similaire, 86,7% sont satisfaites des prestations (21). 95,9% des femmes qui ont effectuées quatre CPN ou plus connaissent les avantages de la CPN. Il existe une relation statistique significative entre la connaissance des avantages et le nombre des CPN effectuées ( $p = 0,0001$ ). La connaissance des avantages de la CPN joue un rôle important pour la motivation des femmes de suivre leurs grossesses (22, 23).

Selon les obstacles de la CPN, les femmes enquêtées révèlent que la distance de la formation sanitaire, l'occupation aux travaux, la pauvreté, la négligence et l'ignorance sont les obstacles à la CPN. Il existe une relation statistique significative entre ces obstacles et le nombre de CPN effectuées ( $p \leq 10^{-5}$ ). D'autres auteurs ont également trouvé que la pauvreté, l'ignorance et la non accessibilité du centre de santé sont associées à la non fréquentation des services de soins prénatals (24).

## **Conclusion**

La consultation prénatale reste l'un des points clés pour une bonne évolution de la grossesse. Cependant, des lacunes influencent le faible taux de couverture de la CPN surtout dans le pays en voie de développement.

Cette étude réalisée dans le district de Faratsiho nous a permis de constater que les facteurs suivants sont associés au nombre de CPN effectuées par les femmes enceintes : début de la CPN, âge, niveau d'instruction, niveau d'instruction du conjoint, niveau de vie, distance entre la résidence et la formation sanitaire, satisfaction générale, connaissance de l'importance de la CPN et de ses avantages et enfin l'existence des obstacles à la réalisation de la CPN.

Il est ainsi nécessaire d'améliorer l'alphabétisation et l'éducation sanitaire. La mise en place d'une stratégie avancée de la CPN et le renforcement des activités IEC pour sensibiliser les femmes enceintes à réaliser au moins 4 CPN sont aussi nécessaires. L'amélioration de la prestation au point de vue technique, matérielle et infrastructure est également primordiale.

## Références

1. Boyle JD, Boyle EM. Born just a few weeks early: does it matter? *ArchDis Child FetalNeonatal Ed* 2013 ; 98 (1): 85-8.
2. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta-analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2013; 20(2): 171–83.
3. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, et al. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *JAdvNurs.* 2008 ;61(3) ;244-60.
4. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Disponible sur <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>.
5. [Breton B, Peres A, Barranger E. Grossesse non suivie : historique, issues maternofoetales et devenir. \*Gynecol Obstet Fertil\* 2013 ; 41:173-8](#)
6. Nations Unies. Les femmes dans le monde, 2015 : des chiffres et des idées. New York, Nations Unies. Disponible sur [https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015\\_French.pdf](https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_French.pdf)
7. Institut National de la Statistique. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. 2012-2013. Disponible sur [https://www.indexmundi.com/fr/madagascar/population\\_profil.html](https://www.indexmundi.com/fr/madagascar/population_profil.html)
8. Mayoro D, Falilou MD. Analyse exploratoire des facteurs explicatifs du respect du nombre requis de consultations prénatales auprès des femmes en union au Sénégal: une application sur les données de l'enquête démographique et de santé continue 2012-2013. Disponible sur <https://uaps2015.princeton.edu/papers/150364>
9. El Housni Y, Boussalwa E, Kharbach A, et al. La surveillance prénatale au Maroc : cas des femmes ayant accouché à la maternité Souissi, CHU (Ibn Sina) Rabat. *ESJ* 2016 ; 12(6) : 232.
10. Jacques S, Damienne VA, Badirou A, et al. Evaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suru- Léré au Bénin. *Santé Publique* 2014 ; 2(26) ; 249-257.
11. Ibrahim J, Yorifuji T, Tsuda T, et al. Frequency of antenatal care visits and neonatal mortality in Indonesia. *J Trop Pediatr* 2012;58(3):184- 8
12. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de santé 2018. Disponible sur <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>
13. Niang M, Sophie D, Emmanuelle B. Le non-recours aux soins prénatals au Burkina faso. *SFSP.* 2015 ; 27 : 405-14.
14. Rode A. Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. [Thèse]. Sciences politique, Université de Grenoble, 2010 : 509p

15. Sebbani M, Adarmouch L, Azzahiri I, et al. Connaissances et comportements au regard de la santé reproductive : enquête chez les marocains en zone rurale. *Pan Afr Med J.* 2016 ;25 :186.
16. Mariam YB. Analyse des consultations prénatales et postnatales recentrées dans le centre de santé communautaire de Torokorobougou du district de Bamako [Thèse Médecine]. Bmako, 2014 : 62p.
17. World Health Organization. The world health reports 2005 make every mother and child count. Disponible sur <https://reliefweb.int/attachments/142773bb-odc8-37be-9e88-f5391d508ac2/72B55FCD88D3558A8525717F004E36B5-who-report-apr2005.pdf>
18. Salomon.HA, Mburano JR. Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire. *AEJ.* 2014;79:12
19. Traore BM, Diarra AS, Diallo H, Diallo H, Fakir SE, Nejari C. Consultations prénatales au centre de santé communautaire de Yirimadio. *Revue Marocaine de Santé Publique* 2018, 5(8). [En ligne]  
[https://www.researchgate.net/publication/329911581\\_Article\\_original\\_CONSULTATIONS\\_PRENATALES\\_AU\\_CENTRE\\_DE\\_SANTE\\_COMMUNAUTAIRE\\_DE\\_YIRIMADIO\\_PRENATAL\\_CONSULTATIONS\\_IN\\_THE\\_COMMUNITY\\_HEALTH\\_CENTER\\_OF\\_YIRIMADIO](https://www.researchgate.net/publication/329911581_Article_original_CONSULTATIONS_PRENATALES_AU_CENTRE_DE_SANTE_COMMUNAUTAIRE_DE_YIRIMADIO_PRENATAL_CONSULTATIONS_IN_THE_COMMUNITY_HEALTH_CENTER_OF_YIRIMADIO)
20. Kassambara D, Dembele H, Bouchra a, et al. Facteurs associés à l'utilisation des soins postnatals en commune V du district de Bamako (mali). *Cah Santé Publique*, 2019 ; 18 (1) : 28
21. Seydou ZD, Bakary AT, Kassoum S, et al. Evaluation de la qualité de la consultation prénatale recentrée dans les centres de sante communautaires de la commune II du district de Bamako, Mali. *Revue malienne de science et de technologie* 2018 ; 20 :126.
22. Manal NM. La qualité de la surveillance de la grossesse à Kenitra. Disponible sur [http://bib-fmp.um5.ac.ma/opac\\_fmp/index.php?lvl=author\\_see&id=28595](http://bib-fmp.um5.ac.ma/opac_fmp/index.php?lvl=author_see&id=28595)
23. Ministère de la Santé. Surveillance de la grossesse et du post partum, manuel à l'usage des professionnels de santé: Royaume du Maroc 2011.
24. Eric M, Kayembe PK. Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Equateur et du Katanga en République Démocratique du Congo. *Ann Afr Med.* 2011 ; 4 :4.